

# Anmeldeformular nordicare® Schulungsservice für Faktorthherapie

NovoSeven®, Esperoct®, Refixia®



## Daten Patient

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum        /        /        Geschlecht        M        W  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Schulungsservice

Der Schulungsservice sollte wie folgt stattfinden:

Zuhause beim Patienten: bitte den Patienten per Telefon kontaktieren.

Im Zentrum: bitte kontaktieren Sie das Zentrum für einen Termin.

Produkt:

<b>NovoSeven®</b>	1 mg	2 mg	5 mg		
<b>Esperoct®</b>	500 IE	1000 IE	1500 IE	2000 IE	3000 IE
<b>Refixia®</b>	500 IE	1000 IE	2000 IE	3000 IE	

Dosierung:

Die Ärztin/der Arzt wünscht nach der Instruktion einen kurzen Bericht.

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Voraussetzungen für den nordicare® Schulungsservice erfüllt sind:

- Dem Patienten wurde ein oben angegebenes Produkt verschrieben.
- Der Patient wurde über den nordicare® Schulungsservice informiert.
- Der Patient hat der Teilnahme am nordicare® Schulungsservice zugestimmt und ist damit einverstanden, dass die notwendigen personenbezogenen Daten an Careformance GmbH und von Careformance GmbH an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt bzw. an die Praxis oder Klinik übermittelt werden.

Die Anweisungen der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes sind bindend. Der nordicare® Schulungsservice ist an die Pflegekräfte der Careformance GmbH gebunden und kann nicht an Dritte übertragen werden.

**Widerrufshinweis:** die Teilnahme am nordicare® Schulungsservice kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch schriftliche Mitteilung an die Careformance GmbH widerrufen werden.



Bitte per E-Mail senden an:  
**careformance@hin.ch**

Datum

### Angaben behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname:

Adresse Praxis oder Klinik:

### Kontakt:

Careformance GmbH  
Frau Arlette Elmer  
Geschäftsführerin / Pflegefachfrau  
Ziegeleistrasse 6  
8360 Eschlikon  
Tel 079 763 10 79